

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1911-1912. — N° 60

Les Cholécystites

dans la

Vésicule en Sablier

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 24 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges HANIN

Né le 23 Mai 1885, à Bourg (Ain)



IMPRIMERIE P. COLOMBIER

30, Rue des Maisons-Neuves, angle rue Victor-Hugo
VILLEURBANNE

—
1911

Les Cholécystites

dans la

Vésicule en Sablier

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 21 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges HANIN

Né le 23 Mai 1885, à Bourg (Ain)



IMPRIMERIE P. COLOMBIER
30, Rue des Maisons-Neuves, angle rue Victor-Hugo
VILLEURBANNE

—
1911

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. COURMONT..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	}	BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	}	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....	}	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....	}	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle et médicale.....	}	HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	}	BEAUVISAGE.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....	}	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....	}	MORAT.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	}	COURMONT (P.).
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....	}	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....		X...
Pharmacologie.....	}	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.)
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embryologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL.	—
Botanique.....	BRETIN	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LÉPINE.	NOGIER	TAVERNIER
REGAUD.	LESIEUR.	LATARJET	CADE
COMMANDEUR.	MARTIN (EL.).	BRETIN	MOURIQUAND
GAYET.	LAROYENNE.	LERICHE	ARLOING (F.)
NEVEU-LEMAIRE	VORON.	THEVENOT	GUILLEMARD
PATEL.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON, président;

MM. VALLAS, assesseur; VILLARD et GAYET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A Monsieur le Professeur Maurice POLLOSSON

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions de croire à nos sentiments de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur agrégé L. TIXIER

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

C'est à lui que revient l'idée et le meilleur de ce travail. Nous avons contracté envers lui une dette de reconnaissance, dont nous ne saurions nous acquitter par des paroles banales.

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE — A MA MÈRE

*Ces pages sont dédiées.
faible témoignage d'affection et de grati-
tude.*

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE le Docteur Charles RUYSSSEN

*Puissions-nous suivre son exemple d'éner-
gie constante et de simplicité dans l'accom-
plissement de sa tâche de praticien. Il a
toute notre admiration et toute notre affec-
tion.*

A MON BEAU-FRÈRE le Lieutenant MARIOTTE

A MES PARENTS — A MES AMIS

AVANT-PROPOS

La chirurgie des voies biliaires s'est développée d'autant plus rapidement, que, tard venue, elle a profité des perfectionnements de la chirurgie abdominale. Le nombre des travaux publiés sur la cholélithiase est considérable, et la technique de la chirurgie biliaire est parfaitement au point. Les indications de la cholécystostomie et de la cholécystectomie sont établies. On sait avec Hartmann « qu'il est inutile de faire, dans tous les cas, une opération complexe ; que dans le plus grand nombre, une opération simple suffit ; que ce qui est nécessaire, c'est d'aller partout où se trouvent des calculs et de les enlever tous. »

Mais encore faut-il être bien sûr d'être allé partout où se trouvent des calculs et de les avoir tous enlevés, pour se contenter d'une cholécystostomie ; or, il est une modification, anatomique et surtout pathologique de la vésicule, qui en fait une sorte de boîte à double fond, nous voulons parler de la « vésicule en sablier. » Monsieur le professeur agrégé Tixier attirera notre attention sur ce fait et le proposa à notre étude. Il avait eu en effet l'occasion de rencontrer cette particularité anatomo-pathologique,

chez une malade opérée par lui pour cholélithiasé, et chez laquelle la persistance d'accidents après cholécystostomie et drainage avait nécessité une deuxième intervention (cholécystectomie), qui fit découvrir la cause ignorée de la persistance des accidents vésiculaires. Dans la vésicule, divisée en deux parties par un étranglement, la poche antérieure seule avait été drainée, et la poche postérieure contenait encore de volumineux calculs et entretenait l'infection. Cette forme de vésicule à deux loges séparées par un étranglement médian, et ressemblant à un sablier, d'où le nom de vésicule en sablier, fut encore rencontrée par M. Tixier chez une malade de son service de l'Hôtel-Dieu ; mais cette fois, instruit par le premier exemple, il put faire le diagnostic de sablier, et pratiquer d'emblée la cholécystectomie.

Dans ce travail, après avoir rappelé la configuration normale de la vésicule biliaire, nous essayerons en nous appuyant sur des observations, de fixer la pathogénie de la vésicule en sablier ; de rechercher les signes qui peuvent permettre d'en soupçonner l'existence, et quelle est la thérapeutique opératoire qu'il convient d'appliquer à une telle anomalie.

Mais avant de commencer ce travail, nous avons à cœur de remercier tous ceux qui nous ont témoigné quelque intérêt au cours de nos études médicales. A Monsieur le professeur agrégé Tixier iront nos premiers remerciements. Nous n'avons pas oublié qu'il fut notre premier maître aux conférences préparatoires à l'Ecole du service de santé militaire, où

son enseignement, si clair et si attrayant nous fut précieux. Il nous a toujours réservé l'accueil le plus affable et le plus bienveillant, et ses encouragements nous ont toujours réconforté. Qu'il veuille bien accepter l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Nous prions Monsieur le médecin principal Martin, de croire à toute notre reconnaissance pour l'intérêt et la sollicitude qu'il n'a cessé de nous témoigner, depuis déjà longtemps.

Enfin, que Monsieur le médecin-major Marotte nous permette de le remercier ici du soin qu'il a mis à nous préparer au concours d'entrée à l'École.

Nous devons à la plume habile de notre excellent camarade le D^r Rossinès, la reproduction des deux pièces pathologiques qui ont motivé ce travail. Nous l'en remercions bien vivement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Rappel de l'Anatomie normale de la Vésicule biliaire.

Nous n'entrerons pas ici dans l'étude complète de l'anatomie de la vésicule. Nous insisterons simplement sur la forme de la vésicule normale, pour montrer quelles sont les particularités anatomiques qui permettent de soupçonner le mécanisme de la biloculation, et sur la disposition du péritoine, dont l'inflammation peut amener l'étranglement de la vésicule, et dont l'importance est grande au point de vue opératoire.

Lorsqu'on regarde une vésicule normale, pleine ou intacte, ou bien préalablement vidée et insufflée, on voit que cette vésicule se continue avec le canal cystique en formant une sorte d'ampoule saillante à droite, c'est le bassin de la vésicule, qui par sa partie gauche, donne naissance au canal cystique. Cette ampoule est séparée du reste de la vésicule extérieurement, par un sillon, surtout marqué à droite, intérieurement par des saillies valvulaires qui naissent à gauche d'une sorte de promontoire et qui vont en divergeant mourir sur les parois de la vésicule. La supérieure, presque transversale, limite

en haut le bassin; l'inférieure, née du promontoire immédiatement au-dessous, descend obliquement et se perd sur la paroi de ce bassin presque immédiatement au-dessus de l'origine du canal cystique. Celui-ci naît à gauche, si bien que l'ensemble constitué par la partie inférieure de la vésicule, le bassin et l'origine du canal cystique, décrit une sinuosité à concavité gauche.

Dans cette concavité se trouve un ganglion, immédiatement appliqué contre la partie gauche de ce qu'on est convenu d'appeler le col ou le bassin de la vésicule. Son siège tout spécial, constant, lui vaut une mention, car il ne se confond nullement avec les autres ganglions du hile du foie.

La vésicule et le canal cystique ouverts, on voit, faisant saillie dans leur intérieur, un certain nombre de replis ou valvules, dont la disposition est loin d'être constante. On observe, à cet égard, une variabilité très grande, lorsqu'on examine un nombre considérable de canaux cystiques; il est rare d'en voir deux absolument semblables.

En résumé, la vésicule normale présente une ébauche de biloculation, séparant le fond du bassin.

Quant au péritoine, il « est formé par le feuillet viscéral qui tapisse la surface libre de la vésicule biliaire, dont la tunique fibro-musculaire adhère partout ailleurs au parenchyme hépatique par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire assez épais. Dans la partie séreuse, le feuillet péritonéal apparaît avec ses caractères ordinaires; il est réuni à la tunique

sous-jacente par du tissu cellulaire assez lâche, qui permet facilement de séparer ces deux membranes, sans qu'on puisse cependant affirmer l'existence d'une sous-séreuse. » (1).

En effet, la vésicule est entourée d'un tissu lâche, qui, à l'état physiologique, favorise son jeu alternatif de réplétion et de déplétion. La connaissance de la distribution de ce tissu lâche et de son évolution pathologique est nécessaire pour en déduire une technique logique de décortication. C'est à M. Tixier que l'on doit cette notion.

A l'état sain, le péritoine est décollable sur toute l'étendue de la vésicule ; mais le tissu cellulaire est beaucoup plus abondant vers le tiers moyen, et surtout vers le col de la vésicule ; il en résulte que, dans les cas de vésicules chroniquement enflammées, la séreuse est surtout adhérente vers le fond et la décortication à ce niveau est impossible, tandis qu'à partir du tiers moyen, la séreuse se laisse détacher. Une injection de substance solidifiable met bien ces faits en évidence. Il est à remarquer, en passant, que cette disposition péritonéale n'est pas spéciale à la vésicule et qu'on la retrouve au niveau de l'utérus et de la vessie.

De tout cela il résulte que la vésicule normale remplie par une injection présente deux courbures légères : l'une à concavité supérieure et l'autre à concavité gauche.

Existe-t-il normalement des vésicules bilobées,

(1) Soulier, in traité d'anatomie de Poirier et Charpy

sans que cette biloculation soit le résultat d'un processus pathologique ? Aucun des auteurs que nous avons consultés à ce sujet ne donne d'observations typiques. Charpy déclare qu'il semble bien qu'un certain nombre d'observations se rapportent à une anomalie congénitale ; nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut penser de cette opinion et quelle est la pathogénie de la vésicule bilobulée que l'on rencontre dans les autopsies d'enfants à la naissance. Mais dans la majorité des cas, la biloculation est acquise par un processus pathologique, soit au cours de la vie intra-utérine, soit au cours de la vie de l'adulte, ainsi qu'il résulte des observations que nous rapportons.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

Modes de production de la vésicule en sablier

OBSERVATIONS

Le mécanisme de production de la biloculation de la vésicule n'est pas univoque. Il existe des vésicules bilobées à la naissance, soit que cette forme se soit produite naturellement au cours de l'évolution du réservoir biliaire, soit qu'elle résulte d'un processus inflammatoire ayant touché les voies biliaires, au cours de la vie intra-utérine du sujet. De la vésicule en sablier d'origine congénitale, nous n'avons trouvé dans la littérature médicale que deux observations, l'une de Meckel, l'autre de Raynal. Or, dans ces deux cas, la division du réservoir biliaire en deux compartiments résultait de ce fait que l'organe était coudé sur lui-même. D'ailleurs rien ne prouve absolument que cette biloculation par coudure, ne soit pas le résultat d'une bascule secondaire de la partie

antérieure de l'organe sur sa partie postérieure, et ne soit pas une anomalie acquise au lieu d'être congénitale. La vésicule bilobée à la naissance peut résulter d'un processus pathologique intra-utérin, et l'observation suivante de Thomson (1) montre bien la réalité de cette pathogénie. Cet auteur a constaté en effet chez un nouveau-né, n'avant pas présenté d'ictère, une vésicule très petite, enveloppée dans une masse de tissu cicatriciel, et dont les parois épaissies limitaient une cavité pouvant à peine admettre une épingle.

Peut-on, en présence d'un fait aussi probant, nier l'existence de lésions fœtales des conduits biliaires ? Dès lors pourquoi ne pas admettre que des modifications de même nature portant sur la vésicule puissent en altérer la forme ? Et l'on peut bien admettre que le processus morbide puisse, à un moment donné, s'arrêter dans ses progrès et rendre ainsi possible le développement ultérieur, à peu près satisfaisant de l'organe qu'il a une fois atteint ? Tout ceci d'ailleurs, pour expliquer le cas où l'aspect de la poche diverticulaire n'autorise pas à supposer qu'elle s'est produite sous l'influence de calculs, pathogénie qui est de beaucoup la plus fréquente, comme nous le verrons plus loin.

Nous n'avons pas trouvé d'observations pouvant invoquer ce processus, nous n'en avons pas trouvé non plus pouvant invoquer, chez la femme, le port du corset, amenant une constriction au niveau du

(1) Thomson, *Edimb. Méd. Journal*, déc. 1891.

foie, constriction qui peut intéresser la vésicule, cas probablement très rare.

Il est enfin une cause accessoire de biloculation de la vésicule que nous avons trouvé signalée dans Raynal (1), c'est l'existence d'une vésicule volumineuse dépassant le rebord tranchant du foie, sur lequel la vésicule se coupe en deux, pour ainsi-dire. Il y avait d'ailleurs dans les cas cités par cet auteur de la cholécystite calculeuse. Il est bien entendu que la biloculation obtenue de façon purement mécanique, sera fixée par l'existence d'un processus inflammatoire amenant de la rétraction des parois de la vésicule, et des adhérences péritonéales.

Mais tous ces modes de production de la vésicule en sablier, ne sont que l'exception. La véritable cause de cette anomalie de forme de la vésicule biliaire est la lithiasie. Dans toutes les observations que nous allons rapporter, maintenant, les malades ont été des lithiasiques, et c'est au cours de l'intervention sur leur vésicule malade (cholécystostomie, cholécystectomie), ou au cours d'autopsies de lithiasiques, que l'opérateur a trouvé cette anomalie. Et ce qui fait l'intérêt de la vésicule en sablier, c'est, on le verra, la gêne plus ou moins grande qu'elle a pu apporter dans les opérations pratiquées sur la vésicule.

(1) Raynal, thèse Toulouse 1893-94.

OBSERVATION I

(MECKEL.— *Tabulse anatomo-pathologicæ. Vésicule coudée
et biloculée*)

« Au niveau de son fonds et sur une étendue d'environ quinze lignes, la vésicule est réduite brusquement à un diamètre d'un demi-pouce, et se trouve fléchie en haut presque à angle droit, cette portion communiquant néanmoins avec le reste de l'organe, par un orifice étroit. La partie moyenne du corps est quelque peu plus large que d'ordinaire » ; et plus loin, l'illustre anatomiste ajoute : « J'ai constaté par deux fois, une pareille disposition de la vésicule ».

OBSERVATION II

(RAYNAL, thèse de Toulouse 1894.— *Vésicule bilobée par coudure*)

« Nous avons trouvé une vésicule coudée suivant un axe de 100°; cette coudure se trouvait au niveau de la partie moyenne, et la moitié postérieure de la vésicule semblait insérée perpendiculairement sur la partie antérieure. Juste au niveau de l'éperon formé à l'intérieur par cette coudure à angle droit, se trouvait l'insertion d'une valvule semi-lunaire de 13 m/m de hauteur qui masquait la moitié de la vésicule ».

OBSERVATIONS. III et IV

(RAYNAL, *Thèse Toulouse 1894. Vésicules biloculées étranglées par le rebord tranchant du foie*).

« ... Nous avons trouvé deux fois un étranglement transversal de la vésicule, la divisant en deux loges, l'une antérieure, l'autre postérieure.

Dans le premier cas, la loge antérieure très petite, présentait la forme et les dimensions d'une noisette. Elle était séparée de la seconde beaucoup plus vaste par un sillon résistant, d'aspect cicatriciel. Les dimensions des parois étalées étaient : au niveau de la première ampoule, 4 cm ; au niveau du sillon, 2 cm 5 ; au niveau de la seconde ampoule, 10 cm 5. Dans cette dernière seulement, se trouvaient quelques petits calculs biliaires. De plus, la muqueuse de la petite poche antérieure ne présentait pas cet aspect lisse qui caractérise les points d'enclavement des calculs (Hartman).

La seconde observation, que nous devons à l'obligeance de M. Charpy, présente avec la première, beaucoup d'analogie. Mais le fait le plus frappant, c'est que ces deux vésicules biliaires dépassaient le rebord antérieur du foie, de tout le second lobe, et que par conséquent leur sillon correspondait exactement au bord tranchant du foie. La pression constante exercée à ce niveau, nous paraît intervenir pour une large part dans l'étiologie de cette biloculation. »

OBSERVATION V

(HARTMANN. — *Bulletin de la Société anatomique. Juillet 1891.*
— *Cholécystite calculeuse, vésicale en sablier, cholécystostomie,*
drainage, mort.)

B..., instituteur, 42 ans, n'a aucun antécédent héréditaire, il s'est toujours bien porté jusqu'en 1885. A cette date, c'est-à-dire, dit-il, il y a six ans, il fut pris, une après-midi, d'un frisson intense qui l'obligea à s'aliter et fut suivi d'un accès fébrile avec chaleur et sueurs abondantes. En même temps existaient des douleurs abdominales vives, sans localisation bien nette. Les jours suivants, un peu d'ictère. Cette indisposition dura environ 6 semaines et, tout ce temps, B... dut garder le lit.

Depuis lors, le malade n'a plus eu d'ictère, mais il éprouva toujours une certaine gêne dans la région droite de l'abdomen ; de plus, toutes les six semaines ou tous les deux mois, des douleurs abdominales assez caractérisées, siégeant plutôt à droite qu'à gauche, l'obligeait à garder le lit pendant quelques jours.

En même temps, le malade constata à droite de l'ombilic, une tuméfaction qui durcissait au moment des poussées douloureuses, mais qui, depuis plusieurs années, ne présente guère de changements appréciables.

Lorsque B... entre à l'hôpital, nous constatons l'état suivant : il existe dans le flanc droit, atteignant en bas la partie supérieure de la fosse iliaque, remontant en haut jusqu'à l'hypochondre droit, et empié-

tant légèrement en dedans sur la région ombilicale, une tuméfaction qui semble faire corps avec la face profonde de la paroi.

Cette tuméfaction est mal circonscrite et on en apprécie très difficilement les limites. Elle est un peu sensible à la pression prolongée, on ne la retrouve pas en arrière dans la fosse lombaire et le palper ne permet pas de dire qu'il existe là une tumeur dans le sens propre du mot. A ce niveau existe une submatité, qui est séparée de la zone de matité hépatique par une bande plus sonore, paraissant répondre au colon transverse.

Quant à la matité hépatique, elle n'est pas augmentée.

Par une palpation profonde, on trouve à cette tuméfaction une sorte de pédicule qui remonte jusque sous la face inférieure du foie, pédicule dur et douloureux à la pression.

En présence de ces symptômes, on pensa qu'il s'agissait d'une péritonite localisée autour ou plutôt au-dessous de la vésicule biliaire, les accidents racontés par le malade plaidant bien en faveur d'une cholécystite et d'une péricholécystite probablement calculeuse. Il existait aussi de la dilatation de l'estomac dont le clapotement s'entendait jusqu'à l'ombilic.

L'état général était bon, pas d'accidents fébriles. Le malade éliminait 1,550 grammes d'urines en vingt-quatre heures et celle-ci renfermait 31 grammes d'urée ; pas de sucre ni d'albumine.

Le 2 avril 1891. Laparotomie par M. Terrier, aidé

de M. Hartmann. Incision médiane, sus-ombilicale d'abord, puis sous-ombilicale. Le péritoine largement ouvert, on tombe sur des adhérences de l'épiploon et de l'angle droit du colon transverse à la paroi abdominale antérieure droite.

Ces adhérences sont à peu près détruites et des pinces à pression sont placées sur les vaisseaux qui donnent, vaisseaux liés ensuite avec de la soie fine. On pratique ainsi cinq à six ligatures. L'anse du colon libérée, ainsi que l'épiploon, on sent profondément d'autres brides fibreuses et des adhérences très solides plongeant dans le flanc et remontant vers le foie.

Derrière ces brides on trouve le duodénum dont on ne voit qu'une partie située derrière le colon transverse, vers son angle droit.

Agrandissement de l'ouverture médiane faite à la paroi jusqu'au milieu de l'espace qui sépare l'ombilic de l'appendice xyphoïde.

On peut alors découvrir le lobe droit du foie, au-dessous duquel, très profondément, c'est-à-dire à au moins 10 centimètres, se trouve une masse blanchâtre, sorte de forte bride résistante, à travers laquelle ou plutôt dans laquelle M. Terrier sent une masse arrondie et dure. Il s'agit certainement d'un calcul situé dans une vésicule fibreuse et adhérente de tous côtés.

« Je mets, dit M. Terrier, cette vésicule à nu sur sa face inférieure, et je l'incise, puis avec des pinces j'en retire un gros calcul de 1 gr. 95 arrondi, rugueux à sa surface. Les bords de l'incision faite à la vési-

cule, qui saignent un peu, sont saisis avec des pinces à pression et maintenus écartés quelque temps de façon à y placer un gros drain entrant à frottement. Il ne pouvait être question ni d'enlever la vésicule adhérente de tous côtés aux organes voisins par des tractus fibreux très anciens, ni d'en suturer les parois qui se déchiraient très facilement, ni surtout de l'attirer à la paroi, qui en était beaucoup trop distante.

« Je dus donc me borner à faire le drainage et j'eus soin d'entourer mon tube de l'épiploon que j'avais libéré de ses adhérences pariétales. »

La suture de la paroi fut faite selon l'habitude à trois étages : péritoine et aponévrose au fil de soie ; téguments au crin de Florence ; cette suture fut un peu difficile par suite de la tension des parois du ventre et des efforts que fit le malade déjà presque réveillé.

L'opération a duré une heure vingt-deux minutes et a été assez difficile.

Pansement avec de la gaze et de l'ouate iodoformées, recouvertes d'ouate stérilisée. Le tout maintenu par un bandage de corps en flanelle.

Le soir, un peu d'affaissement, pas de vomissements, 80 pulsations, 36° 7, respiration 24.

3 avril. — Nuit calme, pas de vomissement ni de douleur. Douleurs pour uriner, 700 grammes d'urine en vingt-quatre heures, 104 pulsations, 36° 4.

Le soir 38° 2, pouls à 112. Champagne et eau de Vichy.

4 avril. — Agitation la nuit ; quelques gaz sont

rendus avec un lavement; facies rouge, léger hoquet.

Température 38°; pouls 104.

Le soir, toujours de l'agitation; une purgation saline et un lavement n'ont produit aucun effet.

Température 38°4; pouls 128.

900 grammes d'urine en vingt-quatre heures.

5 avril. — Délire pendant la première partie de la nuit, puis affaissement. T. 38°; pouls 130.

Le pansement est traversé par un liquide rous-sâtre, pas de bile, pas de sang. Ventre ballonné.

Mort le matin.

Autopsie, — Symphyse cardiaque. Un demi-verre de liquide séreux dans la plèvre gauche.

L'abdomen est ballonné et après incision de la paroi abdominale, on constate que les anses intestinales sont distendues, mais sans aucune adhérence dans toute la portion du péritoine située à gauche du ligament suspenseur du foie, et dans l'arrière cavité des épiploons.

Au contraire, à droite du ligament suspenseur, entre le foie et le diaphragme, existent des membranes semblant de formation nouvelles, très peu résistantes et teintées en jaune par la bile. Au niveau du colon transverse et de la vésicule biliaire, il y a des adhérences plus anciennes, dures et infiltrées de sang.

La vésicule biliaire est épaissie et ne contient plus de bile, elle est bridée par des adhérences; et celles-ci, s'étendant du colon et de l'épiploon au foie, étranglent la cavité de la vésicule biliaire et la divisent en deux loges. L'une répondant au fond de la

vésicule est la plus grande ; elle contient encore deux calculs, l'un du volume d'une amande, l'autre de celui d'une lentille. La seconde, au contraire, avoisine le col de la vésicule biliaire, et présente un orifice par où a été introduit le tube à drainage ; elle communique d'une part avec le canal cystique qui est perméable dans toute son étendue ainsi que le conduit cholédoque ; d'autre part, elle est séparée de la loge supérieure par un rétrécissement environ du calibre du petit doigt qui est dû aux adhérences épiploïques signalées. L'épiploon est épaissi et induré.

Il n'existe pas de perforation intestinale ; pas d'hémorragie ; et la mort semble due à la péritonite. Les autres organes abdominaux, y compris les reins, n'offrent aucune lésion à signaler.

OBSERVATION VI

HARTMANN. — (*Bulletin de la Société anatomique, juillet 1891*)

Recueillie à l'Ecole pratique. Médecine opératoire

Cholécystite calculieuse. Vésicule en sablier

« Quelques adhérences péritonéales réunissent la portion de la vésicule, voisine du canal cystique, avec les faces antérieures et supérieures du duodénum, au niveau de l'angle de sa première avec sa deuxième portion.

La vésicule est petite ; elle a le volume d'un très gros ponce d'adulte. Le palper permet de constater au niveau de son col l'existence d'un calcul du volume d'une très forte noisette.

Ouvrant la vésicule par son fond, nous n'y trouvons qu'un liquide séro-muqueux ; toute la moitié voisine du col est remplie par un gros calcul qui la remplit très exactement. En aucun point, on ne peut passer entre le calcul et la paroi qui lui est immédiatement appliquée.

Une fois le calcul enlevé, on constate que le fond de la vésicule a un aspect très différent de celui de la loge du calcul. Tandis que celle-ci est lisse, d'apparence fibreuse, le fond de la vésicule a conservé son aspect réticulé normal. Les deux parties sont séparées par un léger rétrécissement qui donne un peu à la vésicule une forme en bissac.

Cherchant à passer une bougie dans le canal on ne peut y parvenir, l'instrument est constamment arrêté ; un examen attentif montre qu'il existe deux valvules membraneuses minces, situées immédiatement au-dessous de l'orifice nettement arrondi du canal cystique. Que l'on cherche à passer de haut en bas ou que l'on essaie de bas en haut, avec une bougie ou une baleine, un instrument droit ou un tortillé, toujours l'instrument butte contre un de ces deux replis valvulaires de forme semi-lunaire, qui s'insèrent à plus des $\frac{3}{4}$ de la circonférence du canal et sont disposés suivant un ordre alterne. Le reste du canal est facilement perméable et ne présente pas le moindre obstacle.

Dans ce cas, bien que le cathéterisme fut impossible, le canal était absolument libre et une fois les valvules écartées, une bougie n° 42 de la filière Charrière passait avec facilité. C'est dire qu'au niveau de l'obstacle, le canal avait un calibre de quatre millimètres de diamètre.

OBSERVATION VII

(HARTMANN, id.)

Cholécystite calculeuse. Vésicule bilobée

Pièce recueillie à l'école pratique sur une femme ayant servi aux exercices de médecine opératoire.

«Quelques adhérences, disposées en lames, unissent le col de la vésicule, le canal cystique et la face inférieure du foie au duodénum.

La vésicule ouverte contient un liquide jaunâtre et une série de concrétions, semblant correspondre à la partie supérieure fragmentée d'un calcul dont la partie supérieure intacte remplit le bassinnet dilaté.

Après ablation du calcul, il est facile de constater que la loge qui le contenait est formée par une dilatation de la partie droite du bassinnet qui s'est allongée en bas, de manière à constituer une sorte de cul-de-sac au-dessous de l'abouchement du canal cystique.

La loge du calcul présente un aspect identique à celui de l'observation précédente : Paroi lisse, d'apparence fibreuse, contrastant avec l'aspect réticulé du reste de la muqueuse de la vésicule.

Cherchant à passer une sonde dans le canal on y arrive, après une série d'essais infructueux, en prenant une bougie tortillée. C'est que dans ce cas existe, comme dans le précédent, un double repli membraneux, à un centimètre au-dessous de l'aboutissement du canal cystique, replis dans lesquels s'engagent et buttent les instruments.

OBSERVATION VIII

(HARTMANN, id.)

**Cholécystite calculuse. Cholécystectomie,
Vésicule bilobée**

« Mme V., entre à l'hôpital Bichat, le 11 avril 1891. Cette femme, âgée de quarante-cinq ans, a été réglée à dix-sept ans, sans douleurs ni accidents leucorrhéiques. Mariée à vingt-deux ans, elle a eu trois enfants ; le premier est mort au moment de l'accouchement, les deux autres sont vivants.

Depuis dix-sept ans environ, elle se plaint de

souffrir dans l'hypochondre de douleurs peu marquées et passagères.

En novembre dernier, Mme V... ressentit des douleurs vives dans la région de l'hypochondre droit; ces douleurs s'accompagnèrent de fièvre et de constipation. On la traita, dit-elle, pour une fièvre muqueuse, toujours est-il, c'est que dès la première semaine qu'elle passa au lit, la malade s'aperçut de la présence d'une tumeur siégeant sous l'hypochondre droit au point où existait le maximum de douleur. Depuis cette constatation, cette tumeur n'aurait pas sensiblement changé de volume.

Il n'y a pas eu d'ictère, ni de coliques hépatiques.

Les accidents douloureux du côté se calmèrent peu à peu et disparurent à peu près complètement.

Cependant pour dormir, la malade devait se coucher sur le côté droit.

En janvier 1891, réapparition des douleurs, qui dès lors devinrent presque continuelles.

Etat de la malade à son entrée à l'hôpital. — L'état général de la malade est assez bon, toutefois ses souffrances constantes lui rendent la vie insupportable et ont altéré un peu sa santé.

Sous le rebord costal droit, au niveau du bord externe du grand droit de ce côté, le palper permet de reconnaître une tumeur de forme générale arrondie et qui descend jusqu'à un travers de doigt au-dessus d'une ligne horizontale passant par l'ombilic. Cette tumeur mesure 6 cent. 1/2 transversalement; sa surface paraît inégale, mais très dure ;

elle est un peu sensible à la pression et suit manifestement les mouvements respiratoires. A son niveau, la sonorité est un peu diminuée, mais en aucun point on ne trouve de matité absolue. Par le palper bimanuel, on arrive à saisir la tumeur entre les deux mains, mais on n'a pas de sensation de ballottement.

La matité hépatique commence à 4 cent. $1/2$ au-dessous du mamelon et offre une hauteur de 6 cent.

Sur la ligne axillaire, la matité hépatique ne mesure plus que 4 cent. $1/2$; enfin, au niveau de l'appendice xiphoïde, il ne semble pas que le foie déborde la cage thoracique.

Il paraît exister une notable dilatation de l'estomac, le clapotement stomacal se faisant sentir jusqu'au niveau de l'ombilic.

Les urines éliminées en vingt-quatre heures ont atteint 1.800 gr. ; leur densité est de 1,008, leur réaction acide. Il y a 26 gr. 25 d'urée par jour, pas de sucre ni d'albumine.

En présence de ces phénomènes, on n'hésita pas à diagnostiquer une cholécyste calculieuse.

Le 2 mai 1891, laparotomie par M. Terrier, aidé de M. Hartmann. Incision médiane d'abord, puis sus et sous-ombilicale, de 10 à 12 cent. de longueur.

Le péritoine ouvert, il y avait une certaine tendance à l'issue de l'épiploon et d'une anse d'intestin grêle. Toutefois, ces organes furent maintenus à l'aide d'une compresse stérilisée pliée en huit.

Allant à droite, sous le lobe hépatique, on rencontre une masse dure, lobulée, recouverte de graisse, c'est la vésicule biliaire adhérente en bas

au duodénum, et non isolée du foie par son fond en haut. En cherchant à pratiquer cet isolement, la vésicule se déchire et il s'en écoule un liquide assez clair, filant et contenant des stries blanchâtres d'aspect puriforme. Ce liquide fut bien épongé, et les parties voisines furent protégées avec soin par des compresses stérilisées et des éponges montées sur des pinces à pression.

L'ouverture de la vésicule agrandie avec le doigt, on en retire un calcul du volume d'une noisette avec facilité. Plus loin, se sent un autre calcul, mais à travers une sorte de paroi membraneuse, aussi doit-on ouvrir plus largement la vésicule. Par un orifice semblant situé sur sa paroi inférieure à bonne distance de ce qui semble le fond de la vésicule, on passe une bougie en gomme, à bout olivaire des n^{os} 4 et 5, stérilisée. Celle-ci s'engage profondément et l'on sent très failement son frottement sur des calculs situés plus avant. Débridement de l'orifice signalé ci-dessus et, avec de petites pinces à griffes, extraction d'un deuxième calcul ayant aussi la dimension d'une petite noisette.

« Cette extraction faite, dit M. Terrier, j'explorai avec le doigt indicateur le col de la vésicule, et j'y sentis encore un autre calcul que j'essayai en vain de saisir. En présence de ces difficultés, je résolus alors de pratiquer la cholécystectomie.

« J'isolai la vésicule, d'un côté, de la face inférieure du foie, de l'autre côté, du duodénum ; un vaisseau artériel assez gros dut être lié, en dedans de la vésicule, vers la ligne médiane. Toujours est-il que l'iso-

lement de la vésicule fut relativement facile, et après l'avoir pratiqué, j'ouvris largement son col et je pus retirer alors le troisième calcul, qui avait le volume d'une petite noisette.

« Par l'ouverture du canal cystique, j'essayai, mais en vain, avec une bougie olivaire des n^{os} 3 et 4, de pénétrer jusque dans le cholédoque. Je n'éprouvai pas la sensation d'un arrêt produit par un calcul, mais je tombai dans un cul-de-sac résultant très probablement de l'oblitération du canal cystique.

« D'ailleurs, il ne reflue pas de bile par le canal cystique, débarrassé de ce troisième calcul ; ce canal me paraît donc oblitéré. »

Le col de la vésicule fut isolé un peu au-delà du point où était logé le dernier calcul enlevé et j'y appliquai une ligature circulaire simple, faite avec un fort fil de soie stérilisé.

La vésicule enlevée, avec tout le tissu cellulaire enflammé qui l'entourait, la surface de section du canal cystique fut cautérisée avec le thermo-cautère.

Des ligatures à la soie furent alors placées sur les vaisseaux des parties voisines, épiploon et duodénum, qui avaient été intéressés et sur lesquels on avait placé des pinces à pression. Un certain nombre de ces ligatures, en particulier celles que l'on a placées sur l'épiploon, sont en outre fixées à la face interne de la paroi abdominale, de façon à constituer autour du drain qu'on place sous le foie, depuis le col de la vésicule jusqu'au milieu de la paroi abdominale, une sorte de canal quelque peu isolé de la grande séreuse péritonéale.

Toutes les parties sont ensuite épongées avec une solution de bichlorure au millième.

La suture de la paroi fut faite par étages : le péritoine et les aponévroses au fil de soie fin ; la peau au crin de Florence. »

Les suites opératoires ne présentent rien de bien spécial. A signaler de l'ictère, du 3 au 6 mai. Le pansement est refait le 6 mai, il ne présente aucune trace de bile ; le drain est diminué ; on le supprime le 17, et la malade se lève le 25. Elle quitte l'hôpital le 30 mai. « A cette date, on constate l'existence d'une cicatrice médiane, linéaire, longue de 10 cm, dépassant en bas l'ombilic de 3 centimètres et en haut se terminant à 6 centimètres de l'appendice xyphoïde. Au niveau du trajet du drain, existe encore un petit bourgeon charnu qu'on cautérise au nitrate d'argent. »

Pas d'éventration.

Le ventre est souple et l'hypochondre droit n'est pas douloureux à la pression. Le foie donne sur la ligne mamelonnaire une matité de 8 centimètres de hauteur.

L'état général est excellent.

OBSERVATION IX

(THIÉRY dans *Hartmann*, id.)

Sur cette pièce, la vésicule contient des calculs multiples, occupant le corps même de la vésicule,

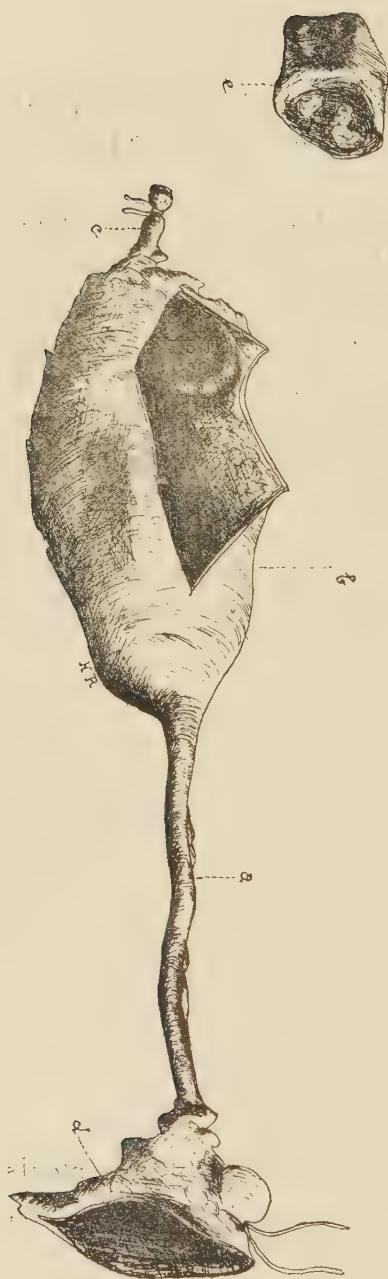


PLANCHE I.

- a. — Poche antérieure, rétractée après drainage, réduite à 1 conduit fibreux cicatriciel.
- b. — Poche postérieure,
- c. — Cystique.
- d. — Paroi abdominale (orifice de la fistule muco-purulente).
- e. — Un des calculs de la poche postérieure.

son bassinot et la première partie du canal cystique. Tandis que la terminaison de ce canal a un aspect criblé normal, le reste de l'appareil a un aspect lisse fibreux, fréquent dans les cas de lithiasc. Un gros calcul remplit la vésicule ; un deuxième occupe le bassinot, un troisième, la première partie du canal cystique. Ces derniers sont, en quelque sorte, enchâtonnés. Immédiatement au-dessous du troisième calcul, se trouve une valvule très difficile à franchir, et le canal jusque là dilaté, reprend ses dimensions normales. Entre le deuxième et le troisième calcul, un rétrécissement très marqué. Immédiatement au-dessus du bassinot, au point répondant à la partie inférieure du gros calcul de la vésicule, existe de même un rétrécissement des plus marqués, permettant cependant le passage facile de bougies exploratrices.

OBSERVATION X (inédite)

(due à l'obligeance de M. TIXIER, chirurgien de l'Hôtel-Dieu)

Cholécystite calculeuse, avec péricholécystite. Sténose du pylore d'origine biliaire : 1^o Cholécystostomie : 2^o Gastro entero-anastomose ; 3^o Cholécystectomie secondaire et opération de Kehr sous-séreuse. Guérison. Vésicule en sablier.

Mme R... 40 ans, vient consulter M. Tixier en avril 1910, pour coliques hépatiques, troubles digestifs et neurasthénie.

Malade dont les antécédents héréditaires ne présentent rien de bien particulier. Personnellement, rougeole à huit ans, très nerveuse depuis son enfance; anémie à l'époque de la puberté. Vers 18 ans, premières manifestations douloureuses du côté du foie. Troubles digestifs, asthénie. Mariée à 22 ans. Première grossesse mal supportée, vomissements, troubles nerveux, douleurs hépatiques ayant duré deux jours. A 25 ans, seconde crise de coliques hépatiques). A 27 ans, deuxième grossesse, mieux supportée que la première. A 30 ans, à la suite d'un chagrin, état général touché, neurasthénie, puis coliques hépatiques, crises subaigues. Vers la même époque, grippe. En 1903, à la suite d'une nouvelle émotion, la malade devient « jaune marron des pieds à la tête » avec douleurs spontanées et provoquées de la région hépatique. Température, aggravation de l'état neurasthénique. La malade est alors envoyée au Mont-Dore, où elle souffre toujours de son foie. Elle présente dans la suite de la métrite et de la gastro-entérite. A ce moment son état mental est très touché; elle présente des troubles nerveux généralisés. Amaigrissement prononcé (9 kilog. en un mois au dire de la malade). Les coliques hépatiques se renouvellent. Elle fait un séjour à Leysin, puis à Berne, où son foie la fait encore souffrir. Elle revient à Lyon où l'on s'occupe surtout de traiter son état mental, mais sans grand succès. On reconnaît enfin l'existence de la lithiasé biliaire et on envoie la malade à Vichy, où elle aurait eu de la cholécystite (39°5). Elle fait successivement quatre nouveaux

séjours à Vichy, deux en 1909, deux en 1910. Elle présente toujours des crises douloureuses de coliques hépatiques. Foie un peu congestionné.

Au mois d'avril 1910, le docteur Tixier examine le malade. Il constate l'existence sous le foie d'une masse du volume d'une grosse orange à bords mal délimités, non mobilisable latéralement, mais suivant les mouvements respiratoires. La région est douloureuse à la palpation et il y a des irradiations douloureuses vers l'estomac et dans la fosse iliaque. L'état général est mauvais, la malade très asthénique, langue très saburrale, digestions très longues et très pénibles : signes d'une grosse dilatation de l'estomac.

Le diagnostic porté est celui de lithias biliaire ; cholécystite calculeuse avec péri-cholécystite ; sténose pylorique d'origine vésiculaire. Une intervention est proposée et acceptée.

Cholécystostomie le 3 mai 1910.— Intervention sous anesthésie au chlorure d'éthyle-éther. Incision sur le bord externe du grand droit. Le péritoine pariétal est adhérent aux organes voisins ; on l'incise prudemment ; gros magma épiploïque entourant la vésicule et ayant attiré l'angle droit du colon en haut et le pylore en dehors. Le fond de la vésicule est dissocié et le champ opératoire protégé par des compresses. Ponction de la vésicule ; il s'écoule un verre de pus très fétide, pus mal lié, marron foncé, non coloré par la bile.

L'état général étant mauvais, ce pus paraissant

sentique et les difficultés opératoires certainement considérables on abandonne l'idée de pratiquer immédiatement une cholécystectomie, et on établit une cholécystostomie.

Pour cela : fixation première de la vésicule par des points séro-séreux, puis fermeture au-dessous de l'incision pariétale, enfin ouverture de la vésicule largement, permettant l'introduction du doigt. Les lèvres de l'incision vésiculaire sont fixées aux aponeuroses et non à la peau. Avec une curette, on retire quatre ou cinq petits calculs à facettes, gros comme des grains de blé. Au fond de la cavité vésiculaire est amassé un muco-pus très épais. Pas de bile. Une sonde cannelée introduite profondément ne pénètre pas dans le cystique, mais c'est si exceptionnel de pouvoir faire cette exploration à travers la vésicule ! On n'insiste du reste pas, car il n'y a aucun symptôme d'obstruction du cholédoque : ni ictère, ni décoloration des fèces, etc.

Le doigt introduit aussi profondément que possible se perd dans la profondeur dans une sorte de cul de sac allant en s'amincissant, comme on perçoit ordinairement le col de la vésicule, dilaté. Un drain est placé dans le vésicule.

Suites opératoires très simples. Maximum de la température, observé du 3 au 26, jour où la malade quitte la clinique, 38°. Le drain est enlevé le 17 ; il ne s'est écoulé qu'une fois un peu de bile. On cautérise la cavité vésiculaire, car on redoute grandement une fistule muco-purulente, puisque le cystique est oblitéré.

L'état général devient chaque jour meilleur : plus de petits frissons, de signes d'infection chronique. La malade passe un bon été à la campagne.

De temps à autre, la fistule vésiculaire s'oblitére ; alors il se forme un abcès, qui s'ouvre spontanément, ou est ouvert d'un coup de sonde cannelée.

A plusieurs reprises, on propose une cholécystectomie secondaire, seule capable de supprimer cet écoulement muco-purulent et aussi les tiraillements persistants à ce niveau.

13 décembre 1910. — Un peu de rétention s'étant établie dans la vésicule suppurante, légère anesthésie au chlorure d'éthyle. On ouvre largement la fistule, on curette fortement les parois internes dans l'espoir de détruire la muqueuse, on cautérise au nitrate d'argent. L'instrument pénètre encore à dix centimètres au moins. On ne perçoit aucun calcul. La fistule persiste, mais l'écoulement est de plus en plus minime.

Cependant les symptômes de sténose pylorique s'exagèrent chaque jour, quelques vomissements abondants, clapotage continu, tension intermittente, sans jamais de véritables ondes antiperistaltiques. A mesure que la vésicule se ratatine, il semble que l'obstacle pylorique est de plus en plus manifeste. M. Tixier propose une gastro-entéro-anastomose.

2° Intervention. Gastro-entéro-anastomose. — Le 7 février 1911, M. Tixier pratique une large gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture suivant le

procédé de Von Hackler. Suites très simples. La malade rentre chez elle le 22 février.

A la suite de cette opération les troubles digestifs disparaissent complètement et la malade peut manger de façon très satisfaisante. Seulement sa fistule vésiculaire la préoccupe et il persiste un point douloureux dorso-lombaire avec irradiations dans l'épaule ; sans cependant jamais d'ictère pouvant faire supposer l'existence d'un calcul du cholédoque.

M. Tixier réclame toujours la permission de pratiquer une cholécystectomie.

3^e Intervention (9 juin 1911). — Cholécystectomie sous-séreuse. Drainage des voies biliaires. Sur l'ancienne incision verticale de cholécystostomie on branche l'incision horizontale de Kehr. Le grand droit est sectionné. L'incision cutanée circonscrit en ellipse l'orifice cutané de la fistule biliaire qui est immédiatement fermée par quelques points de suture.

On se porte dans le grand péritoine libre, en dehors des vieilles adhérences ; mise en place des compresses. Puis, par une dissection minutieuse, on sépare de la face inférieure du foie le conduit de la fistule qui persiste sous la forme d'un canal fibreux cicatriciel. Cette dissection est poursuivie sur une *longueur de l'index environ*, et on découvre alors que ce conduit, représentant la plus grande partie de la vésicule ratatinée, se poursuit sur une partie renflée, de la grosseur d'une noix, avec sa coque, dans laquelle on perçoit des calculs. Est-ce le cystique dilaté ?

On incise à ce niveau, *en raquette*, le péritoiné (incision du procédé Tixier) et on poursuit la dissection de cette poche dans la profondeur. Ligature de la cystique. Bientôt on découvre le canal cystique qui a son calibre normal, on le fend jusqu'au cholédoque, qui est exploré avec une bougie à bout olivaire qui pénètre facilement dans le duodénum. Exploration de l'hépatique, qui est normal. On introduit deux drains, l'un dans le cholédoque, l'autre dans l'hépatique, car on veut drainer complètement ce foie, depuis si longtemps malade.

La vésicule est enlevée ; grâce au péritoine conservé, on établit une petite logette séreuse sous-hépatique dans laquelle passent les deux drains, et dans laquelle est tassée une petite mèche. Suppression de tout le tamponnement sous-hépatique ; fermeture des deux incisions, transversale à travers le grand droit, et verticale. Un très petit orifice cutané laisse passer une petite mèche et les drains. C'est un Kehr sous-séreuse typique (Tixier).

Suites opératoires parfaites : maximum de température le lendemain de l'opération, 40 juin 38°9 ; le lendemain 37°9.

Abatation des drains qui ont très bien fonctionné le 17 : la bile est claire, très abondante et jolie. Il n'y a pas intérêt à laisser se prolonger la déperdition biliaire.

Lever le 27 juin à 18 jours après l'opération ; départ de la Clinique le 1^{er} juillet. La petite fistule laisse écouler encore durant quelques jours de la bile : grâce au traitement diététique de M. Jaboulay

cet écoulement est vite diminué. Au commencement d'août, il ne s'écoule absolument plus rien.

La malade a été revue souvent par le Dr Tixier : tous ses malaises hépatiques et digestifs ont disparu. Une analyse des urines faite dernièrement (novembre 1911), par M. Perroud ne révèle aucun trouble dans le fonctionnement du foie. Les cicatrices opératoires sont parfaites.

Examen de la pièce (planche I). — La vésicule est divisée en deux parties inégales : une superficielle rattachée à la peau est la plus large, une profonde au-dessus du cystique est de la grosseur d'une grosse noix. La partie la plus superficielle qui correspond au fond et au corps de la vésicule, est celle qui a été drainée par la première opération de cholécystostomie : elle ne persiste plus que sous la forme d'un conduit fibreux cicatriciel dont la muqueuse entière est presque totalement détruite. Elle est séparée de la portion suivante par un diaphragme tellement complet, que, pris en main et ouvert il est impossible de faire pénétrer le plus mince stylet dans la poche sous-jacente. A travers ce diaphragme fibreux, on ne sent pas les calculs qui sont tassés au-dessous.

La deuxième poche communique largement avec le cystique qui a conservé son canal normal. On y découvre de très beaux cristaux taillés à facettes de la grosseur de dés. La face interne de cette poche a subi l'empreinte de ces calculs qui sont comme encastrés dans elle. C'est le bassinnet et le col de la vésicule.

La vésicule a une forme en sablier typique, si on suppose distendue la poche primitivement ouverte par la cholécystostomie.

OBSERVATION XI (inédite)

(due à l'obligeance de M. TIXIER)

*Cholécystite calculeuse. Sténose pylorique d'origine biliaire.
Cholécystectomie gastro-entéro-anastomose. Guérison. Vésicule
en sablier.*

D... Marie Trévoux, 37 ans.

La malade a vu M. Tixier dans son cabinet hier et entre aujourd'hui 9 juin 1911 à la salle Saint-Paul.

A. H. — Rien de spécial.

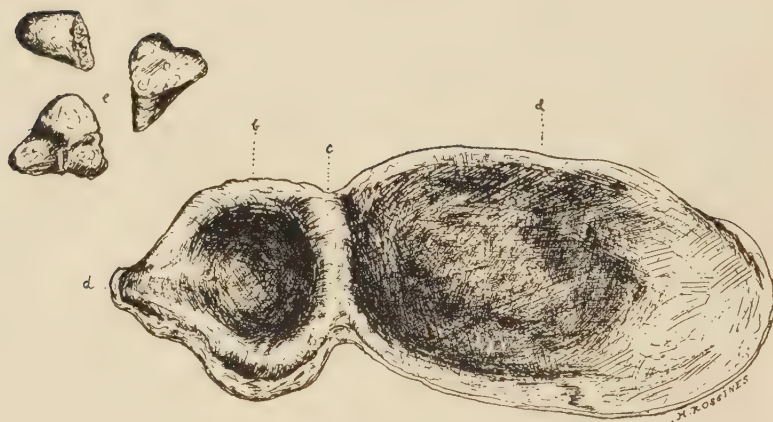
A. P. — Mari bien portant, trois enfants en bonne santé. Pas de fausses-couches. Réglée à seize ans, régulièrement depuis.

Il y a dix-huit ans, la malade eût des crises douloureuses qu'on qualifia alors coliques hépatiques. Les douleurs siégeaient en plein épigastre, irradiaient vers les deux épaules. Pas d'ictère à ce moment. Pas de pertes blanches. La malade eût trois périodes de crises correspondant à ses trois grossesses.

La malade eût ensuite une longue période de bien-être.

Elle recommença à souffrir il y a cinq ans.

PLANCHE II.



- a.* — Poche antérieure.
b. — Poche postérieure, épaissie, contenant les calculs.
c. — Diaphragme séparant les deux poches.
d. — Cystique.
e. — Calculs.

La date d'apparition de la douleur est assez variable : la première fois, 10 heures seulement après avoir mangé ; la deuxième fois, 5 h. ; puis 3 h. et 2 h. après. A ce que dit la malade, cette douleur siégeait dans le flanc droit et elle indique un point voisin du point de Mac Burnay. Ces douleurs s'accompagnaient, à peu près dès leur début de vomissements alimentaires, puis bilieux. Leur durée était de 4 à 5 heures. Les irradiations se faisaient toujours vers les deux épaules. A ce moment, il y a trois ans, elle alla voir le Docteur D..., qui lui dit qu'elle avait une grosse dilatation d'estomac par sténose pylorique et lui conseilla fermement une opération. Elle s'y refusa, se sentant encore forte ; mais suivit un régime (viandes blanches, légumes cuits, purées). Les aliments acides, le café, la fatiguaient. A partir de ce moment, dit-elle, son état changea. Elle n'eût plus de grandes douleurs ni dans le flanc, ni aux creux de l'estomac. Mais elle souffrit de douleurs de tête fréquentes et violentes. Elle vomissait peu. Elle maigrit et pâlit beaucoup, s'affaissa considérablement. Son état s'accentua en septembre, car à ce moment elle eût des soucis, sur la santé de son mari. Son affaissement progressa et l'amena à M. Tixier.

Les vomissements sont rares, peu abondants, jamais noirs. Constipée habituelle. Urines rares depuis cinq mois. Soif vive d'habitude. Pas d'appétit.

Abdomen. — L'estomac ne dessine pas sa forme sous la paroi. On ne trouve pas de contractions

péristaltiques, mais la malade dit qu'elle sent souvent son estomac se durcir comme une boule, et entendre des glouglous dans son ventre. On voit et on sent un peu de tension intermittente de son épigastre. Clapotage gastrique. Au niveau de l'ombilic et un peu à gauche de lui, la pression profonde est douloureuse et on a la sensation de quelque chose de dur. Paroi abdominale flasque ; on arrive facilement sur l'aorte qui a des battements énergiques. Rien au toucher. Urines normales.

Intervention le 14 juin 1911. — Laparotomie sus-ombilicale. Estomac très dilaté. Pas de sténose néoplasique ou ulcéreuse au pilore. Mais en tirant sur la région pylorique, on amène la vésicule qui est enserrée dans des séries de mailles, d'adhérences péritonéales inflammatoires très denses. On perçoit de gros cailloux dans la vésicule. Le rétrécissement du pylore est donc extrinsèque, causé par une péri-cholécystite. De suite, *cholécystectomie sous séreuse typique* par incision du péritoine suivant le procédé Tixier. On lie le cystique, on ferme tout par gros revêtement péritonéal. C'est la cholécystectomie idéale.

Pour assurer le bon fonctionnement de l'estomac, on pratique de suite une gastro-entéro-anastomose postérieure Von Hacker. Fermeture totale du ventre sans drainage. La malade quoique cardiaque a très-bien supporté l'opération, mais est longue à se réveiller et est assez choquée.

Examen de la pièce. — La vésicule, à parois peu

épaisses, est divisée en deux étages inégaux ; un étage supérieur, le fond, rempli simplement de bile ; le deuxième étage, inférieur, correspondant au corps de la vésicule, contenant de gros calculs. La muqueuse, à ce niveau est blanchâtre, lisse, et la sous-muqueuse épaissie, empêche la muqueuse de faire ses plis normaux. Diaphragme presque complet entre les deux poches (Planche II).

Suites opératoires très simples au point de vue abdominal. La malade a présenté durant quelques jours, un collapsus cardiaque inquiétant.

Les fonctions digestives se font bien.

La malade quitte le service le 7 juillet 1911.

*
* *

Il est bien évident que dans ces observations, la vésicule en sablier ressortit à la lithiase biliaire. S'il est vrai que dans certains cas la vésicule calculeuse ne présente aucune altération appréciable, et il n'est pas rare de rencontrer à l'autopsie de sujets morts d'affections diverses, de ces vésicules calculeuses sans lésions apparentes ; d'une façon générale, il existe des lésions marquées de la vésicule, résultant de la cholécystite calculeuse. Il se produit sous cette influence, du tissu rétractile, avec prédominance marquée en certains points, où la rétraction sera plus grande, produisant soit un étranglement annulaire, soit quand le processus est moins étendu, un tiraillement localisé.

Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions

portent à la fois sur la vésicule, dont la paroi tout entière est altérée, et sur le feuillet péritonéal péri-vésiculaire. Du côté de la vésicule, sa surface interne est lisse et unie, moulée sur le calcul; les fibres musculaires lisses sont en grande partie atrophiées et remplacées par un tissu scléreux rétractile, d'autant plus abondant que l'inflammation est plus ancienne. Il en résulte un ratatinement de la vésicule et son moulage sur le calcul. La prédominance des lésions et de la rétractilité au niveau de celui-ci, amène son enchâtonnement, et la portion restante de la vésicule se trouve communiquer avec la portion renfermant le calcul, par un étroit pertuis.

Du côté du péritoine, il existe de la péritonite plastique banale, dont le point de départ est au niveau de la vésicule. Cette péricholécystite inflammatoire ajoute à la rétraction vésiculaire la formation de brides cicatricielles, entourant la portion rétrécie de l'organe.

En résumé, la vésicule normale subit une altération pathologique minime amenant de la lithiase, et la formation d'un gros calcul, ou de quelques petits calculs agglomérés en un point limité de l'organe. A la suite de la lithiase, reproduit de la cholécystite, l'inflammation subaiguë retentit sur la vésicule, amenant la rétraction de ses parois, plus marquée au niveau du calcul, ce qui conditionne la formation d'un rétrécissement entre la partie enserrant le calcul, et la partie libre. La péritonite sous-hépatique fixe définitivement la vésicule dans sa forme.

CHAPITRE III

Indications thérapeutiques et diagnostic opératoire

Il est bien évident que le fait, pour une cholécystite calculeuse d'évoluer dans une vésicule en sablier, ne change en rien son évolution clinique. Il serait donc oiseux de vouloir décrire ici des symptômes propres à la lithiase vésiculaire dans cette forme de vésicule. Il serait même osé de prétendre que l'on peut supposer cliniquement l'existence de cette disposition, quand dans un empyème de la vésicule, on constate une absence complète de diminution du volume de l'organe, dans l'intervalle des crises.

En effet, il suffit qu'il existe un calcul du cystique ou que sous l'influence de l'infection de la muqueuse du col et du cystique, le canal d'évacuation soit bouché, pour que jamais les liquides muco-purulents de la vésicule puissent s'écouler dans le cholédoque. C'est un fait habituel dans toutes les vieilles cholécystites calculeuses non ratatinées par la sclérose. Donc ce sont les indications thérapeutiques générales qui régissent actuellement le traitement chirurgical de la lithiase vésiculaire, qui sont ici de mise.

Or, la nécessité de ne pas se contenter de pratiquer le plus souvent seulement de la chirurgie vésiculaire, mais d'exécuter en même temps de la chirurgie canaliculaire (cystique, hépatique, cholédoque), notion capitale heureusement mise en vedette par Kehr, permettra le plus souvent de se rendre compte de cette disposition particulière et d'y remédier complètement. Le diagnostic sera donc purement opératoire, et les indications spéciales naîtront des constatations faites au cours de l'opération.

Reconnaître l'existence d'une vésicule calculeuse en sablier peut être très facile et sans grande importance, ou très difficile et avoir une importance considérable dans la cure de la lésion. Tout dépend de l'opération que le chirurgien veut ou peut exécuter, cholécystectomie ou cholécystostomie.

1^{er} Cas. — Cholécystectomie. — L'opération est pratiquée à froid : il n'y a pas de température, pas de mauvais état général, pas de signes de péricholécystite suppurée. Grâce aux grandes incisions actuellement admises pour exécuter au grand jour cette opération (Kehr-Mayo-Robson, etc.), la dissection de la vésicule pour en faire l'ablation se fait aisément jusqu'au cystique. Qu'un étranglement très serré existe en un point, divisant en deux poches la vésicule, le chirurgien ne risquera pas de lier en ce point, croyant se trouver au niveau du cystique, car avant de lier le cystique il faut toujours avoir soin d'introduire un stylet dans le canal pour en reconnaître la perméabilité et très souvent on arrive

même à passer une petite bougie en gomme jusque dans le cholédoque; d'autre part, il s'écoule également de la bile. Donc pas d'erreur possible; la vésicule calculeuse plus ou moins distendue est toujours facilement enlevée en totalité, qu'elle soit en sablier ou non.

C'est lorsqu'on examine la pièce ainsi enlevée que l'on constate dans son intérieur un diaphragme établissant la disposition que nous étudions: c'est en somme une découverte post-opératoire intéressante uniquement au point de vue anatomo-pathologique (observation XI, M. Tixier).

Si à la cholécystectomie le chirurgien est décidé à ajouter, de parti-pris, l'exploration et le drainage de l'hépatique et du cholédoque, l'existence d'une vésicule en sablier ne gêne en rien les manœuvres chirurgicales, surtout si, comme pour beaucoup, l'ablation de la vésicule se fait à la fin de l'opération, alors que la découverte du cholédoque est achevée, et la mise en place du drain dans l'hépatique exécutée. Cependant, dans la manœuvre préconisée par Delagenière pour découvrir de proche en proche le cystique et le cholédoque en fendant la paroi vésiculaire le long de sa paroi inférieure, l'existence d'un diaphragme interne transversal cloisonnant la vésicule pourrait être une cause de tâtonnement. En effet, la pointe des ciseaux buttant dans ce cul de sac chercherait en vain le cystique dont une poche plus ou moins spacieuse et bourrée de calculs la séparerait encore. Mais il suffirait alors de palper la face inférieure de cette portion renflée pour reconnaître

sa véritable nature et une fois qu'elle serait à son tour fendue d'avant en arrière, on retrouverait au delà d'elle le canal cystique. Il est bon cependant de signaler la possibilité de cette anomalie de la vésicule en sablier, quand on préconise la manœuvre de Delagenière. Enfin la ponction évacuatrice, que dans les cas de grosses vésicules distendues, beaucoup exécutent avant de pratiquer la cholécystectomie, pourra révéler cette disposition : tandis qu'une partie de la vésicule s'affaîssera ou perdra sa tension, une deuxième partie conservera sa forme et sa consistance ; c'est qu'une barrière la cloisonne.

En résumé, dans le cours de la cholécystectomie, le diagnostic de la vésicule en sablier est facile, et, à vrai dire, sans importance.

2^e Cas. — *Cholécystostomie*. — Les conditions sont très différentes lorsqu'on est obligé d'établir un simple drainage de la vésicule calculeuse abcédée. L'état général est mauvais, la température élevée, la tuméfaction vésiculaire est considérable, il y a de la péri-cholécystite plus ou moins étendue ; il faut se contenter de l'ouverture de cet empyème, de la mise en place d'un drainage purement vésiculaire. Dans ce cas l'existence d'une deuxième poche profonde, contenant ou non des calculs baignés de muco-pus, peut passer complètement inaperçue. La cholécystostomie s'exécute alors soit par fixation primitive et ouverture secondaire, soit par ouverture primitive et fixation secondaire.

a) *Dans la fixation primitive*, ce qui est la méthode

la plus prudente, lorsqu'on est en droit de redouter une septicité considérable du contenu de l'empyème, le chirurgien se contente le plus souvent d'isoler complètement le fond de l'organe pour le suturer soigneusement à la paroi. Il n'explore que par la face externe la vésicule distendue, soit parce qu'il juge ces manœuvres longues, dangereuses et inutiles, soit parce qu'il existe des adhérences de péri-cholécystite qu'il est indiqué de respecter. Donc, pas de notions sur la configuration extérieure de l'organe.

Puis, la vésicule est ouverte et la bouche de drainage suturée à la paroi. Le pus ou le muco-pus s'écoule; des calculs s'échappent, ou sont ramenés à l'aide de curettes ou de pinces spéciales. Le doigt est introduit dans la vésicule et en explore les contours. Sans doute, lorsque la cavité vésiculaire est peu considérable et la paroi abdominale peu épaisse, au toucher intra-vésiculaire on reconnaîtra facilement les logettes plus ou moins accessibles, les diverticules plus ou moins irréguliers, les valvules plus ou moins épaisses, et enfin, dans le fond, l'existence d'un diaphragme transversal, scindant en deux étages la vésicule.

Mais, que la poche vésiculaire soit volumineuse, que l'épaisseur de la paroi abdominale soit considérable (observation X, M. Tixier), l'index tout entier, introduit dans la vésicule, ne parvient pas à en percevoir le fond.

On fait appel au secours des curettes à long manche qui vont chercher les calculs et les muco-

pus, parfois réellement gélatineux. Une sonde cannelée, un stylet, cherche à s'introduire dans le cystique. Mais combien il est rare de pouvoir ainsi cathéteriser les voies biliaires à travers la vésicule ouverte au niveau de son fond ? Le stylet se perd dans les replis de la muqueuse épaissie, dans les valvules hypertrophiées : on n'insiste pas.

La coloration du pus vésiculaire peut cependant être un indice. S'il est franchement verdâtre, couleur de bile foncée, c'est que le cystique est libre et que l'orifice d'évacuation est perméable. Si au contraire, le pus est à peine marron, sans traces de pigments biliaires, on peut redouter un calcul du cystique, une oblitération pathologique des voies d'excrétion vésiculaire. Mais combien de fois aussi n'a-t-on pas vu, le jour suivant ou plus tard, après l'issue de calculs parfois très nombreux, ou même sans cette expulsion, la bile teinter d'abord faiblement les pièces de pansement et s'écouler ensuite abondamment au dehors. C'est un bon signe de guérison rapide : la poche vésiculaire va se drainer facilement par le cystique et le cholédoque, il n'y aura pas production de fistule muco-purulente, si rebelle à la guérison.

L'apparition secondaire tardive de la bile, au niveau d'une bouche de cholecystostomie est si fréquente, que, sur ce seul signe de la coloration non bilieuse du pus, on n'a pas le droit de diagnostiquer immédiatement un calcul du cystique, ou un cloisonnement de la vésicule, en sablier : il faut attendre.

b) Lorsque la cholécystostomie est exécutée

suivant le procédé de *l'ouverture primitive*, et de la fixation secondaire, l'exploration minutieuse, immédiate, de la cavité vésiculaire est plus aisée. Le champ opératoire étant bien protégé par des compresses, le chirurgien n'hésite pas à fendre très largement le fond de la vésicule, à en explorer l'intérieur à la vue et au toucher. Un doigt de la main gauche introduit dans l'organe, tandis que les doigts de la main droite en palpent la surface, il est aisé d'apprécier l'épaisseur des parois, leurs récessus, leur cloisonnement. Dans certains cas, même, avant de fixer les bords de la bouche vésiculaire à la paroi, le chirurgien attire au dehors le fond de la vésicule pour en réséquer une partie et met ainsi à découvert le col et l'embouchure du cystique.

Dans de semblables conditions, quoique très possible, la méconnaissance d'une vésicule en sablier, nous paraît exceptionnelle.

Suites éloignées d'une cholécystostomie pratiquée sur une vésicule en sablier. Le plus souvent, c'est la poche la plus superficielle se rapportant au fond, qui est drainée, quoique dans un cas de Terrier (voir observation V), ce fut la poche profonde qui fut ouverte. Il y a amélioration des symptômes généraux, établissement d'une fistule mucopurulente, persistance des symptômes douloureux locaux et gêne dans le fonctionnement des organes voisins.

Le fait de drainer la vésicule suppurée amène de suite la disparition des phénomènes généraux. La température revient à la normale ; les petits frissons

disparaissent ; l'inappétence s'atténue peu à peu ; rapidement les forces reviennent, c'est la convalescence de toutes les maladies infectieuses dont on a supprimé la cause. Mais d'autre part, persistent des séries de petits malaises locaux qui découragent le malade et harcèlent le chirurgien.

La fistule muco-purulente devient permanente. Sans doute, toutes les fois qu'on a pratiquée une simple ouverture d'un empyème vésiculaire, on redoute la longue persistance de la fistule consécutive, lorsque la bile ne s'écoule pas au dehors, témoignant du bon fonctionnement du drainage inférieur par le cystique et le cholédoque. Mais par des topiques appropriés, des injections modificatrices, des cautérisations à la teinture d'iode et au nitrate d'argent, toutes manœuvres ayant pour but de détruire la muqueuse vésiculaire, on arrive peu à peu à tarir la sécrétion muco-purulente et à amener l'accolement des deux faces du conduit.

Lorsqu'au contraire une deuxième poche contenant des calculs, persiste au-dessous de la poche supérieure drainée, l'inflammation vésiculaire est entretenue indéfiniment. De temps à autre une cicatrisation superficielle peut s'établir au niveau de la peau et fermer momentanément la fistule. Mais c'est pour aboutir rapidement à des phénomènes de rétention se traduisant par la formation de petits abcès qui s'ouvrent spontanément par les lèvres de l'incision disjointes ou qui réclament un coup de bistouri. Et chaque fois, ce sont des douleurs locales, des signes

plus ou moins prononcés d'infection générale, persistants jusqu'au jour où le produit de la rétention est évacué au dehors.

D'autre part, alors même que la fistule est rouverte, le malade n'est pas complètement soulagé. Sa région vésiculaire reste douloureuse, avec des irradiations plus ou moins nettes dans l'épaule droite et surtout avec la persistance d'un point douloureux postérieur pré-vertébral droit. C'est là ordinairement un excellent signe de calcul du cholédoque, mais il peut exister aussi, lorsque le diverticule vésiculaire calculeux n'est pas évacué.

Puis si les adhérences péritonéales dues à la péri-cholécystite si fréquente tendent à disparaître superficiellement, autour du fond de la vésicule drainé, elles sont entretenues dans la profondeur par les calculs qui y sont maintenus par un diaphragme infranchissable. Alors, il y a tiraillements sur le duodénum, enclavement plus ou moins serré du pylore. Les signes de sténose du pylore d'origine biliaire, qui ont pu s'amender au moment de l'ouverture de la vésicule, réapparaissent et s'exagèrent. La dilatation de l'estomac avec ses conséquences fatales pouvant aller jusqu'aux vomissements répétés avec ondes de contractions péristaltiques, devient inquiétante. Chez une malade du Dr Tixier, la sténose du pylore fut si évidente, qu'une gastro entéro-anastomose fut indiquée : elle donna du reste un résultat définitif excellent. Elle eut une action immédiate sur le fonctionnement de l'intestin, qui se régularisa immédiatement.

Pour toutes ces raisons, la méconnaissance de l'existence d'une vésicule en sablier au cours d'une cholécystostomie, doit être considérée comme une source de complications post-opératoires ennuyeuses, et même graves.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Une seule opération assure la guérison radicale et définitive de la cholécystite calculuse en sablier ; la cholécystectomie. L'ablation de l'organe peut être primitive, c'est l'idéal ; elle s'imposera d'autres fois comme opération secondaire.

Sans entrer dans la discussion toujours pendante des indications relatives de la cholécystectomie et de la cholécystostomie, nous dirons que pour notre part actuellement, nous jugeons que le plus souvent dans la lithiase purement vésiculaire, la cholécystectomie peut être pratiquée sans danger sérieux. Le chirurgien sait manier les compresses isolantes, limitant parfaitement le champ opératoire et les grandes incisions de Kehr ou de Mayo-Robson donnent un jour merveilleux sur la face inférieure du foie. L'emploi de la méthode sous-séreuse dont, avec notre maître M. Tixier, nous sommes partisan convaincu, facilite grandement l'ablation de l'organe et

la fermeture du cystique et le drainage concomittant des voies biliaires principales si celui-ci est indiqué.

Dans ces conditions, que la vésicule soit en sablier ou non, elle est enlevée en totalité. Nous répétons qu'il semble impossible de prendre un étranglement serré de la vésicule en sablier, pour le col de la vésicule, et d'y poser une ligature malencontreuse. En effet dans la dissection de l'organe, le chirurgien découvre minutieusement la face externe du conduit et perçoit aisément au doigt les saillies calculeuses. D'autre part, il est de règle de ne lier le cystique qu'après s'être assuré par le cathéterisme que les voies biliaires sous-jacentes sont libres et l'écoulement immédiat de la bile montre qu'il n'existe pas à ce niveau, de diaphragme formant barrage.

Le plus souvent, ce sera à l'examen de la pièce, que le chirurgien découvrira cette curieuse disposition de la vésicule en sablier. (Observation XI. M. Tixier).

Mais il est cependant des cas, surtout chez l'homme, où il est défendu de tenter immédiatement la cholécystectomie. Ces contre-indications viennent de l'état général : cachexie septique avancée, hyperthermie, grands frissons de la fièvre hépatalgique, existence d'autres complications viscérales, etc... D'autres fois, les signes de suppuration locale sont intenses, large gâteau de péricholécystite, œdème de la paroi, et, ce que la nature réclame, c'est une simple évacuation du pus contenu dans la vésicule. Le chirurgien ne doit exécuter que le drainage de l'empyème calculeux. La cholécystostomie s'impose.

C'est alors qu'une deuxième poche vésiculaire, séparée par un diaphragme transversal peut échapper à l'exploration chirurgicale la plus avertie. La vésicule est grosse : elle a le volume d'une poire, d'une aubergine, voire même davantage. Il est impossible au doigt, d'en explorer les récessus les plus profonds, sans compter que la paroi abdominale, parfois si épaisse chez les femmes hépatiques, diminue encore la longueur de l'index. Ce n'est pas avec une curette, avec des pinces-tenettes, une sonde cannelée, etc., qu'on reconnaîtra la cloison transversale, si elle est complète, ou percée d'un orifice de communication plus ou moins étroit. Partout l'instrument rencontrera une paroi molle qui jouera le col de la vésicule distendue, et on sait qu'il ne faut pas espérer s'engager ainsi à l'aveugle dans le canal cystique.

Sans doute, souvent, dans le cours d'une cholécystostomie pour empyème vésiculaire calculeux, l'opérateur reconnaît avec le doigt ou avec la curette l'existence de calculs plus ou moins enchâtonnés dans les parois épaissies de la vésicule, ou bridés par des valvules faisant éperon dans l'intérieur de l'organe. Il les dégage alors avec soin et les fait jaillir au dehors. Mais dans la véritable vésicule en sablier, il existe une cloison étanche entre deux compartiments superposés de la vésicule distendue, qui arrête absolument les investigations du chirurgien.

Et alors même que l'existence d'un petit pertuis de communication serait découvert à bout de doigt, il serait bien osé d'y introduire un instrument coupant capable d'ouvrir la porte de ce réduit.

Puisque nous pratiquons la cholécystectomie pour une suppuration en évolution, nous devons redouter l'effraction dans la profondeur, de la vésicule, par cette manœuvre de divulsion du diaphragme séparateur. Cette crainte est d'autant plus justifiée qu'on aura exécuté une cholécystostomie avec fixation primitive et ouverture secondaire, et qu'on ne pourra plus par un doigt glissé en dehors et sous la vésicule, s'assurer que l'organe n'est plus ainsi opératoirement perforé vers sa partie profonde sous-hépatique. Il y aura donc impossibilité à vider de suite les deux logettes vésiculaires : une cholécystectomie secondaire sera d'ores et déjà jugée indispensable.

Mais le plus souvent dans le cours de l'exécution de la cholécystostomie pour grosse vésicule suppurée, l'existence d'une vésicule en sablier sera méconnue. Sans doute, la nature du liquide mucopurulent sans traces de pigments biliaires doit être notée, mais cela peut être un signe d'oblitération calculeuse du cystique. La non-apparition, dans les jours suivants d'un écoulement de bile, confirmera ce diagnostic et fera redouter l'établissement d'une fistule muco-purulente tenace. Mais en réalité ce sera en l'absence de tout nouveau symptôme du côté des voies biliaires principales, l'apparition des complications tardives que nous avons longuement exposées (voir page 54) qui devra faire soupçonner l'existence d'une deuxième cavité vésiculaire non ouverte et contenant des calculs. Peut-être que bientôt la radiographie sera capable de nous en affirmer l'existence.

Alors une opération secondaire, exécutée à *froid*, c'est-à-dire en dehors d'une phase d'infection locale due à une rétention passagère s'imposera. Ce sera l'ablation secondaire du trajet vésiculaire et de la vésicule jusqu'au cystique.

Après avoir circonscrit par une incision elliptique (voir Pl. II) l'orifice cutané externe de la cholécystostomie antérieure, le chirurgien se donnera un large jour sur toute la région sous-hépatique, par une incision de Kher dont la branche verticale externe correspondra à la première incision de cholécystostomie. Suivant de près le trajet devenu plus ou moins cicatriciel de la fistule vésiculaire, il poursuivra de proche en proche la dissection de la vésicule. Tout-à-coup il amènera au jour une partie renflée, dure, résistante, qui est la deuxième partie du sablier ; à ce niveau, il aura grand soin de conserver le feuillet péritonéal de revêtement et arrivera ainsi jusqu'au cystique.

Suivant les cas, après s'être assuré de la perméabilité du cystique et du cholédoque, il pratiquera la fermeture du cystique, sous un enfouissement séreux, ou bien pour amener une désinfection complète de l'appareil hépatique, il ira placer un drain dans l'hépatique. Il se trouvera alors dans les conditions ordinaires d'une opération de Kehr.

La cholécystectomie secondaire pratiquée au moment opportun, est une opération longue, minutieuse, pénible, mais peu grave, si la résistance du malade est encore suffisante.

CONCLUSIONS

- I. — La formation dans l'intérieur de la vésicule biliaire d'un diaphragme transversal plus ou moins étanche, séparant deux cavités plus ou moins inégales de grandeur, constitue la « vésicule en sablier ».
- II. — Sans doute, une anomalie congénitale peut favoriser la production de cette disposition, mais c'est l'inflammation chronique, due à la lithiase biliaire, qui en est la cause.
- III. — Les cholécystites évoluant dans une vésicule en sablier ne donnent lieu à aucun symptôme particulier, permettant de diagnostiquer en clinique cette disposition. Donc, elles n'imposent aucune indication thérapeutique spéciale.
- IV. — Mais dans le cours d'une opération sur la vésicule, il faut penser à cette disposition pathologique, surtout quand une cholécystostomie est la seule opération possible, en raison de l'infection aiguë, et qu'il ne s'est écoulé à l'ouverture de la vésicule que du pus ou du muco-pus sans trace de

bile : on croit alors à l'existence, soit d'une fermeture cicatricielle du cystique, soit d'un calcul enchatonné dans le cystique.

V. — L'opération rationnelle et idéale de la cholécystite calculeuse développée dans une vésicule en sablier est la cholécystectomie qui se fera le plus souvent par le procédé sous-séreux.

Vu :

Le Président de la Thèse,

M. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 8 décembre 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BUFFÉ. — De la cholécystectomie sous séreuse. Thèse de Lyon 1907-1908.
- CHARPY. — Anatomie des voies biliaires dans *Traité d'anatomie* de POIRIER et CHARPY. Tome IV, fasc. 2.
- COTTE. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications. Thèse de Lyon 1908.
- GOSSET. — In 6 Agrégés précis de pathologie chirurgicale.
- GUILLEMIN. — Cholécystite calculeuse. Thèse de Paris, 1899.
- HARTMANN. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1891.
- JACQUEMET. — Considérations sur les anomalies du foie et des voies biliaires. Thèse de Lyon, 1895-1896.
- KEHR. — Trois années de chirurgie biliaire. *Semaine médicale*, 23 mai 1908. 312 opérations.
- LEJARS. — Valeur et indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. *Semaine médicale*, 1902.
- MECKEL. — *Tabulae anatomo pathologicae*.
- MOURIQUAND. — Sur quelques cas de chirurgie biliaire. Service de M. TIXIER. — *Lyon médical*, 1908.
- PILLET. — Lésions de la vésicule contenant des calculs. *Bulletin de la Société anatomique*, 1891.
- RAYNAL. — Recherches sur la vésicule biliaire. Anatomie et chirurgie. Thèse de Toulouse, 1894.

- ROCHET. — Des opérations qui se pratiquent sur la vésicule biliaire et de leurs indications. *Province médicale*, nov. 1899.
- SCHANGEL. — De la cholécystectomie sous séreuse dans l'opération de Kehr. Thèse de Lyon, 1908-1909.
- SCHWARTZ. — Chirurgie du foie.
- SIRAUD. — Note sur l'anatomie de la vésicule biliaire. *Lyon médical*, 1895.
- TERRIER et DALLY. — Chirurgie et anatomie pathologique du cholédoque. Thèse de Paris, 1895.
- TIXIER. — Congrès de chirurgie, Paris 1908. Cholécystectomie sous séreuse dans l'opération de Kehr.
- THOMPSON. — *Edimbourg medical journal*, décembre 1891.
- TRIPPIER et PAVIOT. — Pathogénie péritonique de la colique hépatique et des crises douloureuses épigastriques. *Semaine médicale*, 28 janvier 1908.
La péritonite sous hépatique d'origine vésiculaire, *Encyclopédie Léante*.
-

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	5
CHAPITRE PREMIER. — Rappel de l'anatomie normale de la vésicule biliaire.....	9
CHAPITRE II. — Pathogénie. — Modes de production de la vésicule en sablier. — Observations.....	13
CHAPITRE III. — Indications thérapeutiques et diagnostic opératoire.....	47
CHAPITRE IV. — Traitement.....	57
Conclusions	63
Index bibliographique	65
